VIII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej**
(nr 74)
z dnia 24 kwietnia 2019 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 74)

24 kwietnia 2019 r.

Komisja, obradująca pod przewodnictwem poseł **Małgorzaty Zwiercan (WiS)**, przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący program dzienny:

– informacja Ministra Zdrowia na temat dostępności do opieki geriatrycznej,

– rozpatrzenie propozycji tematów kontroli do planu pracy Najwyższej Izby Kontroli na 2020 rok.

W posiedzeniu wzięli udział: **Zbigniew Król** podsekretarz stanu Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Lidia Ułanowska** dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Jerzy Mądry** przedstawiciel Stowarzyszenia MANKO, **Renata Banasiak** prezes stowarzyszenia „Vis Major", **Bogdan Maliszewski** przedstawiciel NSZZ „Solidarność", **Zofia Niczke** członkini Zespołu ds. Barier Architektonicznych i **Adam Zieliński** zastępca przewodniczącego Zespołu ds. Zdrowia i Pomocy Społecznej przy Wolskiej Radzie Seniorów oraz prof. dr. hab. med. **Małgorzata Wieczorowska-Tobis** stały doradca Komisji.

W posiedzeniu wzięli udział pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska** i **Wiesław Kozioł** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dzień dobry państwu, otwieram 74. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej.

Stwierdzam przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji.

Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum.

Witam panie i panów posłów, przedstawicieli ministerstw a także wszystkich pozostałych gości.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje informację Ministra Zdrowia na temat dostępności do opieki geriatrycznej, w drugim punkcie – rozpatrzenie propozycji tematów kontroli do planu pracy Najwyższej Izby Kontroli na 2020 rok.

Proszę o przedstawienie informacji pana ministra Zbigniewa Króla, podsekretarza stanu Ministerstwa Zdrowia – bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu MZ Zbigniew Król:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca.

Panie i panowie posłowie, szanowni państwo, przygotowaliśmy państwu informację Ministra Zdrowia na temat dostępności do opieki geriatrycznej. Postaram się w skondensowany sposób zapoznać z tym materiałem osoby, które nie otrzymały go w całości.

Ze względu na zachodzące zmiany społeczno-demograficzne ogromnym wyzwaniem staje się m.in. odpowiednie zabezpieczenie opieki zdrowotnej osobom w starszym wieku. Kwestie te stanowią jeden z priorytetów zarówno Ministra Zdrowia, jak i całego rządu. Świadczenia dla tej grupy pacjentów udzielane są w oddziałach szpitalnych, poradniach specjalistycznych o profilu geriatrycznym oraz w zakładach opiekuńczo-leczniczych. W lecznictwie szpitalnym od 1 lipca 2016 r., zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia, świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej jest zobowiązany do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta. Do przeprowadzenia tej oceny jest rekomendowana skala VES-13, która pozwala ocenić ryzyko śmierci lub pogorszenia ogólnego stanu zdrowia osoby starszej. W przypadku uzyskania niepokojącego wyniku stosowana jest całościowa ocena geriatryczna.

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej świadczeniobiorcy, na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, mogą korzystać z porady specjalistycznej, w tym lekarza geriatry, oraz otrzymać skierowanie na badania diagnostyczne w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W 2018 r. na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia udzielało świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie geriatrii: w lecznictwie szpitalnym – 46 świadczeniodawców w ramach systemu podstawowego zabezpieczenia szpitalnego oraz 9 świadczeniodawców poza tym systemem, w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej – 28 świadczeniodawców w ramach systemu oraz 62 świadczeniodawców poza systemem podstawowego zabezpieczenia szpitalnego.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze. W ramach opieki długoterminowej choremu wymagającemu, ze względu na stan zdrowia, całodobowych świadczeń pielęgnacyjno -opiekuńczych lub rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, ale bez konieczności hospitalizacji, który w ocenie poziomu samodzielności według skali Barthel otrzymał 40 punktów i mniej, udzielane są świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

Jeśli chodzi o rehabilitację leczniczą, osoby w starszym wieku mogą korzystać ze świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielanych w warunkach ambulatoryjnych, domowych stacjonarnych i oddziału dziennego. Dodatkowo Minister Zdrowia zlecił Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zaproponowanie odpowiednich rozwiązań mających na celu poprawę dostępności do świadczeń rehabilitacji leczniczej w całości. Prezes AOTMiT powołał zarządzeniem osiem zespołów opiniodawczo-doradczych w zakresie rehabilitacji, w tym również rehabilitacji geriatrycznej. Prace tych zespołów dobiegają końca, myślę, że w ostatnich dniach maja poznamy wyniki tych prac.

Program Leki 75+. Od 1 września 2016 r. Minister Zdrowia, na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wprowadził wykaz leków refundowanych bezpłatnych dla pacjentów powyżej 75. roku życia. W 2017 r. ze świadczeń tych skorzystały niemal trzy miliony osób 75+, a od stycznia do października roku 2018 r. – 3400 tys. osób. Kwota refundacji na bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia wynosiła niemal 84 mln zł w 2016 r., niemal 490 mln w 2017 r. i niemal 686 mln zł w 2018 r.

Personel medyczny. Zapewnienie odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów z dziedziny geriatrii jest jednym z priorytetów MZ. Podejmowane są działania ukierunkowane na wykształcenie odpowiedniej liczby lekarzy mających niezbędne kompetencje do zagwarantowania właściwej opieki medycznej osobom starszym. W konsekwencji – do uznania geriatrii za priorytetową dziedzinę medycyny i decyzji MZ zachęcających lekarzy do podejmowania specjalizacji w dziedzinie geriatrii. Regularnie wzrasta liczba lekarzy geriatrów szkolących się oraz kończących specjalizację. W ostatniej dekadzie nastąpiło podwojenie liczby geriatrów, aktualnie w Polsce jest 447 lekarzy geriatrów, w tym 436 wykonujących zawód, w porównaniu do 201 lekarzy w 2008 r. Dodatkowo w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z geriatrii jest obecnie 177 lekarzy, z czego 129 realizuje szkolenie w trybie pozarezydenckim a 48 w trybie rezydentury.

Istotnego znaczenia nabiera możliwość uzyskania przez starszego pacjenta świadczeń realizowanych przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych realizowanych w ramach opieki długoterminowej oraz świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Aktualnie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej udziela łącznie ponad 35 tys. pielęgniarek, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych – niemal 24 tys., świadczeń w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej – ponad 6 tys. pielęgniarek.

Zgodnie z Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020, Minister Zdrowia podejmuje systemowe działania dotyczące zdrowia publicznego, mające na celu podniesienie jakości opieki geriatrycznej w kraju również poprzez realizację zadań ujętych

w celu operacyjnym nr 5, zatytułowanym „Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się". Dotychczasowe działania objęły szkolenia dla fizjoterapeutów w zakresie problematyki geriatrycznej, gerontologicznej oraz kompleksowej opieki nad osobami starszymi i wczesnego wykrywania chorób charakterystycznych dla wieku podeszłego. W latach 2017-2018 przeszkolono 2016 fizjoterapeutów w kraju.

Realizujemy szkolenia dla dietetyków z zakresu żywienia osób w wieku 60+, w 2017 r. wzięło w nich udział 800 osób.

Prowadzimy również szkolenia dla pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych na oddziałach szpitalnych w zakresie prowadzenia oceny geriatrycznej pacjenta. W ramach tego zadania stworzono aplikację kompleksowej oceny geriatrycznej, wspierającą przeprowadzenie procedury.

W 2017 r. rozpoczęto realizację ogólnopolskiego badania stanu zdrowia osób starszych w Polsce, ich sytuacji społeczno-ekonomicznej oraz jakości życia – ten program ma nazwę PolSenior 2. Uzyskane wyniki mają być podstawą do kształtowania założeń polityki zdrowotnej oraz polityki społecznej dostosowanej do potrzeb osób starszych. Ministerstwo, na bieżąco, analizuje dostępne dane oraz opinie środowiska medycznego, aby wypracować jak najlepsze rozwiązania, uwzględniające możliwości finansowe systemu ochrony zdrowia i jednocześnie pozwalające sprostać aktualnym i przyszłym wyzwaniom w zakresie opieki geriatrycznej.

Ministerstwo zamierza również kontynuować dotychczasową współpracę międzyresortową w celu zapewnienia jak najbardziej kompleksowej i dostosowanej do potrzeb opieki zdrowotnej. Nie zapominamy o wsparciu społecznym dla osób starszych, m.in. przez realizację uchwały Rady Ministrów z 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo. Uczestnictwo. Solidarność". Dokument ten wskazuje wśród zaplanowanych działań m.in. zwiększenie dostępności świadczeń z zakresu geriatrii w systemie szpitalnym, dostępność konsultacji geriatrycznych w opiece ambulatoryjnej oraz rozwój kształcenia przed- i podyplomowego w zakresie geriatrii.

To tyle w skrócie, w opracowaniu, które przesłaliśmy szanownej Komisji, znajdą państwo dane liczbowe.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze.

Otwieram dyskusję.

to z państwa posłów chce zabrać głos?

Bardzo proszę, panie wiceprzewodniczący.

Poseł Michał Szczerba (PO-KO):

Panie ministrze, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, moja wypowiedź, jak państwo się domyślają, nie będzie zbyt optymistyczna… to nie jest coś, co może być analizą roku 2018 czy 2019. Można powiedzieć, że pierwszym dokumentem, do którego warto się odnieść a który w sposób systemowy dotyczy opieki zdrowotnej nad osobami w wieku podeszłym, był raport NIK z 2015 r. To był krytyczny dokument, bardzo konkretny, proponował konieczne dla rozwoju geriatrii rozwiązania w Polsce oraz takie działania, które będą usprawniały opiekę geriatryczną w naszym kraju. Niestety, to jest *neverending story*, niekończąca się opowieść, bo większość postulatów NIK nie została zrealizowana, dlatego moja wypowiedź musi być gorzka.

Po pierwsze – kwestia standardów opieki geriatrycznej. Rekomendacja NIK była bardzo czytelna, kolejne zespoły Ministra Zdrowia wypracowały standardy opieki geriatrycznej, które nie zostały wprowadzone do powszechnego prawa jako rozporządzenie ministra. Rozumiem, że one funkcjonują wyłącznie jako tzw. dobre praktyki, do czego się można odnieść, ale oczekiwanie NIK jest takie, żeby te standardy zostały wprowadzone, skoro już je wypracowano.

Druga sprawa to całościowa ocena geriatryczna. W 2015 r., a nawet trochę wcześniej, udało się wprowadzić całościową ocenę geriatryczną w leczeniu szpitalnym, finansowaną przez NFZ. Ale do tej pory na ma całościowej oceny geriatrycznej, nie wyceniono jej, ani

nie jest ona finansowana w ambulatoryjnej opiece medycznej, czyli w przychodniach geriatrycznych. To jest kolejna rzecz, która nie została zrealizowana.

Kwestia kadr medycznych. Oczywiście, słusznie zauważył pan minister, że od 2008 r. do dzisiaj jest progres liczby geriatrów, ale papierkiem lakmusowym, na ile to istotna specjalizacja z punktu widzenia rządzących, czy z punktu widzenia systemu, jest liczba rezydentur. Zwróciłem uwagę na to, jak Minister Zdrowia ogłosił na wiosnę rezydentury – na ponad 1900 rezydentur w naszym kraju tylko 26 dotyczyło specjalizacji w obszarze geriatrii. To jest realny problem. W takich województwach (tu patrzę na panią przewodniczącą…), jak pomorskie, zachodniopomorskie nie została uruchomiona ani jedna rezydentura w specjalizacji geriatria. Jest to bardzo poważny problem. W moim rodzinnym Mazowszu (obejmującym również Warszawę), zamieszkałym przez cztery miliony osób, została otwarta jedna rezydentura w specjalizacji geriatria.

Kolejny aspekt to pielęgniarki opieki medycznej i opiekunowie medyczni. Średnia wieku polskiej pielęgniarki się zwiększa, według mnie wynosi ona już 52 lata. Połączywszy to z obniżeniem wieku emerytalnego, powstaje realny problem. Pamiętają państwo akcję pielęgniarek Związku Izb Pielęgniarskich „Ostatni dyżur”? To jest realna groźba dla naszego kraju.

Ostatnia sprawa, którą poruszała nasza Komisja w ramach dezyderatów to finansowanie zakładów opiekuńczo-leczniczych. One są po prostu niedofinansowane, niedoszacowanie wynosi około 40%. Kontrakty, które pozawierały jednostki prowadzące zakłady opiekuńczo-lecznicze, są aneksowane, ale bez realnego wzrostu. Jeśli chodzi o płace pracownicze, obciążenia związane chociażby z podwyżką cen prądu itd., to wszystko powoduje, że jakość opieki w zakładach opiekuńczo-leczniczych jest coraz gorsza.

Na koniec bardzo przykra sprawa.

Oczywiście, cieszymy się, nasza Komisja w szczególności, ale nie wszyscy głosowaliśmy za programem Leki 75+ – nie wiem, czy państwo mają świadomość, że pacjenci geriatryczni, pacjenci z wielochorobowością przebywający w zakładach opiekuńczo-leczniczych, realizujących prawo do długoterminowej opieki zdrowotnej, według mojej wiedzy (pan minister może to ewentualnie zweryfikować) nie korzystają z programu Leki 75+? Zakłady opiekuńczo-lecznicze ponoszą pełne koszty wykupu leków.

Jest to porównywalna sytuacja z programem 500+, program 500+ nie obejmuje dzieci z domów dziecka a program Leki 75+ nie obejmuje seniorów 75+ w zakładach opiekuńczo-leczniczych.

Uważam, że jeżeli cokolwiek moglibyśmy w tej sprawie zrobić to nie rezygnujmy.

Na tym, pani przewodnicząca, skończę.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję, panie przewodniczący.

Kto z państwa chce zabrać głos?

Może pan a potem pani profesor, bardzo proszę.

Przedstawiciel Stowarzyszenia MANKO Jerzy Mądry:

Jerzy Mądry, „Głos Seniora”.

Mam pytanie: ilu seniorów przypada u nas na jednego geriatrę a ilu w Europie? Czy mają państwo takie dane? Jak jest ze szpitalami, czy jest popyt na otwieranie czy zamykanie oddziałów geriatrycznych? Co ministerstwo zamierza w tej dziedzinie?

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo.

Pani profesor, bardzo proszę.

Stały doradca Komisji prof. dr hab. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, chciałam zwrócić szczególną uwagę i podziękować panu ministrowi, że – po raz pierwszy – mówimy naprawdę o geriatrii a nie o polityce senioralnej, czyli nie o tym, co robi się w ogóle w ramach ochrony zdrowia seniorów, tylko rzeczywiście w dostępnych materiałach mamy zarówno definicję

geriatrii, jak i definicję pacjenta geriatrycznego, do tego – zgodną z europejskimi standardami i z naszym tłumaczeniem europejskich standardów.

I to naprawdę jest coś, na co chciałam zwrócić szczególną uwagę.

Jedyna rzecz psująca obraz to może opieka długoterminowa i te zakłady opiekuńczo -lecznicze – one ewidentnie nie są geriatryczne, to jest osobny rodzaj opieki, który podlega pod kompetencje pielęgniarek. Zwracamy zawsze na to uwagę, że kiedy dyskutuje się nad opieką geriatryczną to wszyscy mówią o opiece senioralnej a my, rzeczywiście, mówimy dzisiaj o geriatrii.

Miałabym dwa pytania a może trzy.

Pierwsze dotyczy mobilnego zespołu geriatrycznego, czyli czegoś, co ma zastąpić oddziały geriatryczne tam, gdzie ich nie ma. Zgłosiliśmy propozycję takiego rozwiązania, że zespół złożony z lekarza i wszystkich innych profesjonalistów miał działać mobilnie w zakresie szpitala i prowadzić konsultacje dla wszystkich pacjentów. Rozmawialiśmy o tym kilkakrotnie. To znajduje się, jak ja rozumiem, w ryczałcie. W zasadzie, moim zdaniem, nigdzie to nie ruszyło. Czy są jakieś informacje, że gdziekolwiek udało się to uruchomić?

Drugie pytanie. Zdajemy sobie sprawę, że zgodnie z definicją, geriatria jest szczególną specjalizacją. Problem, który ja widzę z punktu widzenia poradni geriatrycznej, w której pracuję, jest taki, że wizyty pacjentów trwają zbyt długo. NFZ zwrócił nam ostatnio uwagę, że przyjmujemy pacjentów za wolno. To jest trochę absurdalne, piętnaście minut nie wystarczy pacjentowi geriatrycznemu, żeby się przebrać, żeby się rozebrać, czasu nie starcza niekiedy na zebranie wywiadu z samym pacjentem. Generalnie wydaje się, że powinny być inne standardy dla porad geriatrycznych, nie mówię o innym finansowaniu, chodzi o inne obwarowania czasowe. I tu byśmy prosili o pomoc, bo – rzeczywiście – w poradni geriatrycznej przeznaczamy na pierwszą wizytę godzinę, na każdą kolejną pół godziny i wydaje się, że można by to trochę skrócić. Ale trudno mi sobie wyobrazić, że jeśli pacjent przychodzi z dwoma członkami rodziny, z których jeden musi wziąć wolne, żeby przyjść do poradni, że będziemy przerywać badanie w połowie i prosić, żeby za miesiąc przyszedł kolejny raz, wtedy dokończymy badanie.

Trzecie pytanie. Rozmawiamy o geriatrii i o tym, że trzeba wzmocnić edukację zgodnie ze standardami kształcenia. Lekarz kończący studia powinien wiedzieć, co to jest „farmakoterapia geriatryczna", czym się różni od innej farmakoterapii, co to jest całościowa ocena geriatryczna i jak ją przeprowadzić, żeby docelowo lekarze rodzinni byli w stanie wykonać podstawową opiekę. Czy państwo mają informacje, że te zajęcia rzeczywiście są prowadzone jako zajęcia z geriatrii i czy prowadzone są przez geriatrów? Czy jest tak, że wszystkie uczelnie mają jakieś jednostki geriatryczne, które są w stanie kształcić w tej dziedzinie?

Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani profesor.

Czy ktoś z państwa chce zabrać głos, bardzo proszę?

Proszę się przedstawić, dobrze?

Członkini Zespołu ds. Barier Architektonicznych przy Wolskiej Radzie Seniorów Zofia Niczke:

Zofia Niczke, Wolska Rada Seniorów.

Byłabym wdzięczna, gdyby w tych materiałach, które są załącznikiem do zaproszenia, czyli w informacji Ministra Zdrowia było nawiązanie do zmiany sposobu świadczenia tych usług w związku z ustawą o sieci szpitali. W tej ustawie zabrakło oddziałów geriatrycznych. Z raportu NIK z 2014 r., o którym mówił pan przewodniczący, wynika, że w Polsce były 34 oddziały geriatryczne. W tym momencie (ja np. wiem, ale w materiale nie ma odniesienia), że jedyny oddział znajduje się na Woli w Warszawie. Dostać się tam jest ogromnie trudno i w zasadzie dostępność do szpitala w odczuciu społecznym znacząco się pogorszyła.

Myślę, że niezależnie od tego, wprowadzana zmiana powinna przynieść pozytywne skutki. Tymczasem liczba geriatrów w zasadzie się nie zwiększyła w stosunku do 2014 r.,

wtedy było 314 plus 1200 uczących się, teraz otrzymaliśmy informację, że jest ich 400. Ale nie o to chodzi. NIK stwierdził w 2014 r., że roczne leczenie pacjenta geriatrycznego na oddziale geriatrycznym kosztuje o 1308 czy o 1380 zł (może źle zapamiętałam) mniej niż leczenie na internie i w inny sposób.

Brak jest informacji w materiale MZ, jakie są pozytywne rezultaty wprowadzenia zmian w całym systemie opieki geriatrycznej i leczenia geriatrycznego.

Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo.

Czy jeszcze ktoś z państwa chce zabrać głos?

Bardzo proszę.

Poseł Marzena Okła-Drewnowicz (PO-KO):

Bardzo dziękuję.

Panie ministrze, chciałabym dopytać w kontekście kształcenia lekarzy geriatrów – czy w ogóle i w jaki sposób wykorzystują państwo Narodowy Instytut Geriatrii? Zgodnie z założeniem w 2015 r. właśnie w Instytucie miało się odbywać leczenie, badania, ale również miała to być baza naukowa do kształcenia przyszłych lekarzy geriatrów. Chciałabym zapytać (Instytut funkcjonuje już czwarty rok), jak przekłada się funkcjonowanie NIG na kształcenie lekarzy geriatrów?

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo.

Czy jeszcze ktoś chce zabrać głos?

Nie widzę.

Bardzo proszę, panie ministrze, o udzielenie odpowiedzi na pytania.

Podsekretarz stanu MZ Zbigniew Król:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca.

Oczywiście, będziemy odpowiadać na pytania Komisji, ale najpierw powiem, że nie roszczę sobie żadnego prawa do podziękowań pani profesor, ponieważ tematem była informacja na temat dostępności do opieki geriatrycznej – i tak ten materiał przygotowaliśmy, mówiliśmy o opiece geriatrycznej a nie senioralnej

Odnośnie do raportu NIK z 2015 r. – siłą rzeczy dotyczył on poprzednich lat. Oczywiście, bierzemy pod uwagę jego ustalenia, ale w naszych materiałach pokazaliśmy rzeczy, które są zrobione. Pan poseł wymienia standardy postępowania opieki geriatrycznej, one ujrzały światło dzienne w periodyku „Geriatria Polska" w 2013 r.

Nie umiem powiedzieć, dlaczego wtedy nie zostały one wprowadzone rozporządzeniem ministra. Kiedy my rozpoczęliśmy pracę nad zmianą polityki geriatrycznej czy opieki geriatrycznej, oceniliśmy je jako nienadające się do wprowadzenia dokumentem w randze rozporządzenia. Przygotowaliśmy inne rozwiązania, które m.in. w tym raporcie NIK są wskazywane do tego, żeby je uzupełnić – i to stosujemy.

W dyskusji było kilka przewijających się wątków dotyczących zmian w organizowaniu opieki geriatrycznej. Generalnie w systemie opieki zdrowotnej chcemy wprowadzić jak najwięcej opieki o charakterze domowym, czyli pozainstytucjonalnej, m.in. używając środków unijnych, które też mówią o deinstytucjonalizacji opieki. Stąd zakłady opiekuńczo-lecznicze są ważne w tym systemie, podobnie jak hospicja i zakłady pielęgnacyjno -opiekuńcze, ale to nie jest forma, którą chcielibyśmy promować. Chcemy jak najwięcej hospitalizacji domowej, stąd fizjoterapeuci, którzy są niezwykle potrzebni, podobnie jak opiekunowie medyczni. Będziemy wspierać te obszary.

Pytanie o kadry medyczne. Zacznę od lekarzy, w 2016 r. przyznaliśmy na geriatrię 48 rezydentur w całym roku. Pan poseł mówił o jednej sesji. Mamy dwie sesje w roku: wiosną – zwykle mniej kandydatów, na jesieni więcej, ale w całym roku 48. Zostało wykorzystanych siedem. Mimo tego, że to jest priorytet, że przeznaczyliśmy więcej pieniędzy dla lekarzy chcących się specjalizować w geriatrii (co prawda, w 2016 r. jeszcze nie, ale w 2017 pieniądze już były), że przyznaliśmy 64 rezydentury, biorąc pod uwagę rów-

nież m.in. dyskusję w tej Komisji, w 2017 r. żaden lekarz nie skorzystał z rezydentury. W 2018 r. przyznano 63 rezydentury – skorzystało dwóch lekarzy.

Nie jest, proszę państwa, możliwe, zrobić jeszcze coś jedynie z perspektywy resortu. Specjalizacja jest priorytetowa, co miesiąc jest więcej środków na jednego lekarza. Staramy się przygotować różnego rodzaju opracowania dotyczące również innej formy postaci opieki geriatrycznej, innej profesji medycznej, która różni się od interny – pewnie pani profesor więcej powie na ten temat. Nie wiem, co byśmy jeszcze mieli zrobić, żeby poprawić tę sytuację.

Pielęgniarki. Średnia wieku pielęgniarek zacznie nam spadać. Odnotowaliśmy pierwszy raz w ubiegłym roku i drugi raz w obecnym roku wzrost kandydatek na pierwszy rok studiów w stosunku do poprzednich lat. To są szkolenia trzyletnie w trybie licencjackim i te osoby trafią na rynek dopiero za trzy lata a za pięć lat, jeżeli podejmą pracę zaraz po ukończeniu studiów.

Zakłady opiekuńczo-lecznicze. Były na ten temat dwa pytania – pana posła i pani z Woli, chciałbym je połączyć. Różnica w finansowaniu wynikała z innego podejścia do funkcjonowania zakładów opiekuńczo-leczniczych. W ubiegłym roku prezes AOTMiT wydał rekomendację zwiększającą wycenę punktów w tych zakładach. Oczywiście, to nie jest wystarczające, ale z drugiej strony nie było tych środków na tyle, aby jednorazowo podnieść wycenę, dlatego jest ona rozpisana na cztery lata i dochodzi do określonego pułapu. Niemniej, korzystając z różnego rodzaju środków, m.in. Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, chcemy zwiększyć wycenę w opiece długoterminowej w części ZOL, ale również uruchamiając część hospitalizacji domowej.

Pani mówiła na temat różnicy, którą wykazał NIK. Ona nie dotyczyła taniości tej opieki, tylko różnicy w wycenie, czyli – kwota, którą NFZ płacił za oddział geriatryczny, była o tysiąc zł niższa niż za oddział internistyczny. Zaobserwowaliśmy (wcześniej to też było widoczne), że nie powstawały oddziały geriatryczne – menedżer, prowadzący szpital, mając o tysiąc zł mniej miesięcznie na jednego pacjenta nie powoływał oddziału geriatrycznego

Wraz z powstaniem sieci szpitali zrównano wycenę. W tej chwili na oddziałach geriatrycznych stawki są takie same jak na internie, czyli jest o tyle więcej pieniędzy na geriatrii niż przed siecią.

Odnosząc się do liczby oddziałów. Pani powtórzyła za raportem NIK, że są 34 oddziały. W tej chwili – mówiłem o tym w prezentacji i jest to w materiałach – w ramach lecznictwa szpitalnego mamy 46 oddziałów w ramach podstawowego szpitalnego zabezpieczenia. To jest większa liczba niż w 2014 r. i we wcześniejszych latach. Plus jeszcze dziewięć poza podstawowym zabezpieczeniem szpitalnym.

Geriatria stała się specjalizacją, w związku z tym część tych szpitali nie weszła w całości do systemu podstawowego zabezpieczenia szpitalnego, ale nie obserwujemy zmniejszania się liczby oddziałów geriatrycznych, nie zaobserwowaliśmy tego, ani w momencie powstawania sieci, czyli w roku 2017, ani obecnie. Mało tego, z racji ustalenia tego samego pułapu średniego wynagrodzenia w ryczałcie obserwujemy przekwalifikowywanie oddziałów, które wcześniej były oddziałami specjalistycznymi, w opiekę długoterminową. Czy one będą geriatryczne, trudno powiedzieć, bo to będzie się wiązało z lokalnymi wymogami.

Ilu przypada geriatrów na osobę w podeszłym wieku? A jaki jest graniczny wiek osoby w podeszłym wieku? Dość łatwo możemy odpowiedzieć na pytanie wtedy, jeżeli przyjmiemy, za innym raportem NIK, 55 lat. Wyjdzie nam wtedy 40 tys. pacjentów na lekarza. Tak było w raporcie, który próbowałem komentować, dość zgryźliwie, zgadzam się, ale tutaj nie ma definicji osoby w podeszłym wieku. 65+…

Poseł Michał Szczerba (PO-KO):

Ustawa o osobach starszych mówi o osobie powyżej 60. roku życia.

Podsekretarz stanu MZ Zbigniew Król:

Jeżeli weźmiemy 60+ to będzie około 20 tys. pacjentów na jednego lekarza geriatrę. Czy to wystarczy, czy nie, to też zależy. Po pierwsze, nie każda osoba 60+ wymaga leczenia geriatrycznego – to jest określona, dość specyficzna usługa. Poza tym osoba w wieku 60+

korzysta ze świadczeń również innych lekarzy. W związku z tym, nie do końca rozumiem kontekst tego pytania. Trudno też powiedzieć, że za mało jest geriatrów. Jeżeli bowiem wprowadzimy mobilne zespoły, o których mówiła pani profesor…

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Bardzo proszę, na razie pan minister odpowiada na pytania – jeżeli ktoś będzie chciał zabrać głos, to mu go udzielę później, dobrze?

Podsekretarz stanu MZ Zbigniew Król:

Jeżeli wprowadzimy mobilne zespoły, to… wydaje się, że w tej chwili jest to najbardziej koncepcyjnie zaawansowane rozwiązanie, aczkolwiek nie do końca przyjęte w środowisku. Myślę, że możemy omówić poza spotkaniem, dlaczego to tak długo trwa. Chyba jest to najbardziej korzystna forma, żeby w szpitalach powiatowych, szczególnie w ośrodkach poza wielkimi miastami opieka była na wysokim poziomie.

Czas porady. Nie ma żadnych rekomendacji w rozporządzeniu koszykowym, żeby ograniczyć czas wizyty. Warto zapytać kontrolerów, na jakiej podstawie uważają, że to powinno być 15 minut. W każdym razie, odpowiadając wprost na pytanie: nie ma ograniczenia czasu.

Problemy kształcenia w uczelniach. W programach kształcenia w uczelniach, z tego co widzimy, te tematy są poruszone, aczkolwiek, nie mamy, czy nie mieliśmy takich wpływów, żeby analizować programy dotyczące samego procesu kształcenia poszczególnych przedmiotów. Nie umiem powiedzieć, czy tak jest wszędzie. Z tego co widzimy, informacje są przekazywane. Trudno to nawet sprawdzić, bo jeżeli taka liczba osób przystępuje do rezydentury, to również na egzaminach też nie będzie specjalnie wiedzy, jak to jest przygotowywane.

Instytut Geriatrii, ostatnio powoływana część miała się zajmować nauką. W polskim systemie kształcenie podyplomowe jest realizowane przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. CMKP generalnie akredytuje program kształcenia specjalizacyjnego, jak i koordynuje liczbę rezydentów. Od nich wiemy, ile rezydentur przydzielać mimo tego bardzo szczupłego zakresu. Instytut Geriatrii zajmuje się tym, czym powinien się zajmować, łącznie z nauką. Aczkolwiek to pytanie oddałbym bardziej gronu profesorskiemu, które jest w stanie powiedzieć, jakie są notowania i cytowania w ramach tego Instytutu. Nie jestem przygotowany do odpowiedzi na to pytanie.

W CMKP są prowadzone również kursy doszkalające dla różnego rodzaju specjalistów innych dyscyplin medycznych. W ciągu ostatnich czterech lat uczestniczyło w nich prawie dwa tysiące lekarzy. Są to kursy tematyczne, np. dla lekarzy opieki podstawowej, dla internistów, dla lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, generalnie dla tych, którzy są chętni. One są finansowane w całości, realizowane nie tylko w Warszawie, ale w różnych miejscach Polski.

No i tyle, nie widzę więcej pytań.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze.

Jeszcze pani poseł, tak?

Poseł Ewa Kołodziej (PO-KO):

Przepraszam, spóźniłam się.

Panie ministrze, pamięta pan, półtora roku temu, gdy powstawała sieć szpitali, i jeszcze wcześniej, rozmawialiśmy na temat przyszłości geriatrii, miałam wątpliwości, czy aby na pewno to dobry pomysł, żeby nie było geriatrii w sieci szpitali. Pan minister i ówczesny pana szef przekonywał, że to jest dobre rozwiązanie, aby geriatria nie była finansowana w sieci szpitali a osoby starsze będą kierowane na internę. Lobby interny, można powiedzieć, wygrało. Uznali państwo, że nie będą tworzyć dodatkowych oddziałów geriatrycznych, co więcej, dofinansowanie geriatrii będzie nieco bardziej zawiłe.

Chciałam zapytać, czy po tych 2,5 latach doświadczeń z siecią szpitali mają państwo pewność, że to był dobry pomysł, dobre rozwiązanie? I czy na pewno jest tak, jak pan minister mówi, że geriatrów jest wystarczająco dużo?

Co ja obserwuję? Widzę starzejące się społeczeństwo, widzę różne stany psychiczne ludzi w podeszłym wieku. A przecież lekarz geriatra nie tylko bada fizycznie pacjenta, ale także odpowiada za jego stan psychiczny a – w zdrowym ciele zdrowy duch.

Jak wiemy, aspekt psychologiczny seniorów jest niesłychanie ważny. Internista, który przebada fizycznie starszego pacjenta, nie zbada jego stanu psychicznego, nie zbada go kompleksowo. I jeżeli senior złamie nogę i zostanie skierowany na ortopedię, to jego stan psychiczny nie zawsze pozwoli, żeby on się szybko z tego fizycznego urazu wykaraskał.

W związku z tym, będę powtarzać panu ministrowi z uporem maniaka, że bezwzględnie konieczne jest, żeby wyselekcjonować w ochronie zdrowia szpitale geriatryczne, oddziały geriatryczne ze specjalnym finansowaniem, bo osób starszych nam przybywa. Dlatego bardzo bym chciała, żeby pan minister odniósł się do tego kompleksowo, bo mamy 2,5 roku doświadczeń lepszych czy gorszych… obawiam się, że gorszych.

To tyle.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo.

Jeszcze pani profesor, bardzo proszę.

Stały doradca Komisji prof. dr hab. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Wrócę do edukacji, dlatego, że wydaje się, że wszystko jest ze sobą jakoś połączone.

Duńczycy pokazali kiedyś, że geriatria nie jest specjalizacją sexy i co trzeba zrobić, żeby była bardziej sexy, żeby osoby chciały się kształcić w geriatrii. Wyglądało na to, że trzeba dobrze studentom podczas studiów pokazać, co to jest geriatria, bo jak dobrze im pokażemy i zainteresujemy ich to oni potem będą się chcieli kształcić w tej specjalizacji.

Może źle sformułowałam swoje pytanie, ale nie dotyczyło ono efektów kształcenia, bo efekty kształcenia są przewidziane w programie i muszą być realizowane. Dotyczyło jednostek, które realizują to kształcenie, bo ja jestem „przykładem” jednej z wiodących uczelni w Polsce, gdzie nie ma kliniki geriatrii. Prowadzimy zajęcia z geriatrii, wykorzystując poradnię geriatryczną. Siłą rzeczy wtedy studentom bardzo dobrze pokazujemy pacjenta jednorazowo, ale ponieważ grupa przychodzi na tydzień, nie ma szans zobaczyć, co się z tym pacjentem dzieje, bo ich już nie ma, kiedy ten pacjent wraca do poradni.

Dlatego moje pytanie dotyczyło tego, czy wiemy, kto uczy geriatrii na uczelni, bo wydaje się, że tu jest odpowiedź na to, co się dzieje z geriatrą potem. Nie można się bowiem zgodzić z tym, że nie zwiększyła się liczba geriatrów, bo rzeczywiście w krótkim czasie się podwoiła, ale w tej chwili…

Reprezentuję jeden z dwóch ośrodków w Polsce, który egzaminuje na egzaminie państwowym z geriatrii i my przez długi czas mieliśmy 30 do 40 osób w roku robiących specjalizację z geriatrii. To jest bardzo dużo przy 200 geriatrach, których mieliśmy na początku. I z tym się nie można zgodzić, że nie wzrosła w krótkim czasie liczba geriatrów. Można się zgodzić z tym, że w ostatnim czasie, czyli w ciągu tego roku to wyhamowało. Przedtem mieliśmy 30 do 40 osób podchodzących w sesji do egzaminu, w tej sesji podeszło 16 osób. To jest mniej więcej połowa tego, co było wcześniej. Absolutnie liczba geriatrów zwiększyła się w krótkim czasie, ale w tej chwili jest coś takiego, co wyhamowało ten szybki przyrost. A my szacowaliśmy jakiś czas temu, że potrzeba, aby wszędzie był geriatra, czyli mniej więcej 800 geriatrów w Polsce. Jest więc jeszcze trochę niedoboru. Jak szybko będzie się on zmniejszał, zależy od tego, jak szybko lekarze będą się kształcić. Jeśli ci, którzy mają otwartą specjalizację i będą podchodzić do egzaminu, to podwojenie jest łatwe do zdefiniowania. Ale jeśli nie, bo nie będą widzieli dla siebie perspektyw to, oczywiście, będzie problem.

Dlatego bym wróciła do pytania o to, jak się kształci studentów, bo tu kryje się odpowiedź na pytanie, jak zwiększyć zainteresowanie specjalizacją.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani profesor.

Ale to już ostatnie pytanie, dobrze, bo w zasadzie teraz się zrobiła druga tura pytań, bardzo proszę.

Przedstawiciel NSZZ „Solidarność" Bogdan Maliszewski:

Bogdan Maliszewski, NSZZ „Solidarność".

Chciałem się zapytać, jak wygląda opieka geriatryczna w domach pomocy społecznej, w ogóle w domach opieki? Czy ministerstwo monitoruje to, czy w jakiś sposób tworzy standardy tej opieki? Chodzi o „domy starców", w cudzysłowie, o domy opieki, gdzie powinna trafiać większość potencjalnych pacjentów opieki geriatrycznej, bo dla osób wymagających opieki paliatywnej są hospicja.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo panu.

Jeszcze pan wiceprzewodniczący, bardzo proszę, ale teraz naprawdę ostatnie pytanie.

Poseł Michał Szczerba (PO-KO):

Pytanie uzupełniające.

Oczywiście, dziękuję pani profesor za zwrócenie uwagi, że zakłady opiekuńcze nie są częścią systemu opieki geriatrycznej, ale też wszyscy mamy świadomość, że są to pacjenci, których definicja pacjenta geriatrycznego, czyli z wielochorobowością na pewno obejmuje w dużej mierze.

Niestety, będę wywoływał ten temat, panie ministrze, bo wprawdzie działa program Leki 75+, są różne oceny ze strony beneficjentów, ale mam wrażenie, że jest grupa osób wykluczonych. Pensjonariusze zakładów opiekuńczo-leczniczych na pewno należą do tej grupy, mimo że spełniają kryteria ustawowe, czyli mają odpowiedni wiek. W sytuacji, kiedy jest ten problem i nawet AOTMiT zauważyła w swojej wycenie to niedoszacowanie i perspektywę dojścia, zadam pytanie: czy nie możemy jednak w jakiś sposób włączyć tych pacjentów do systemu?

Wiem, że to jest trudne, że ustawa o działalności leczniczej nakłada obowiązek wykupu leków na zakład opiekuńczo-leczniczy. To jest sfera prawna. Ale jest jeszcze sfera praktyczna, są leki, z których mogliby korzystać ci chorzy w długoterminowej opiece, gdyby były takie możliwości, niestety często, mówiąc wprost, oszczędza się na wydatkach na leki. Mam wrażenie, że to jest jednak coś już na poziomie pewnych praw obywatelskich, głównie konstytucyjnych związanych ze szczególnym obowiązkiem państwa wobec osób w podeszłym wieku.

Poddaję to panu ministrowi pod rozwagę. Czy w ogóle tego typu dyskusja w ministerstwie się odbywa, czy może się odbyć? Jak pan minister to widzi? To jest moje pytanie.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo.

Jeszcze raz, panie ministrze, proszę o udzielenie odpowiedzi

Podsekretarz stanu MZ Zbigniew Król:

Zacznę od leków, zapomniałem się do tego odnieść.

Zakład opiekuńczo-leczniczy jest zakładem instytucjonalnym, w związku z tym osoby, które tam przebywają, otrzymują leki tak samo jak wyżywienie, podobnie jest w szpitalu, gdzie też nie ma sytuacji, żeby przebywający w nim pacjent, który ma 75 lat i więcej, otrzymywał leki recepturowe.

Pana propozycja jest, oczywiście, do ewentualnego rozważenia, ale – tak czy inaczej – już zapadły decyzje mówiące o deinstytucjonalizacji organizowania opieki w domu, w miejscu, w którym przebywa osoba, wspierania jej rodziny i opiekunów. Myślę, że pensjonariusze czy osoby przebywające w ZOL będą raczej grupą malejącą niż rosnącą i ten kierunek wydaje się bardziej pożądany.

Pytanie dotyczące domów pomocy społecznej. DPS nie są w gestii naszego ministerstwa, nie mamy wpływu na ich standardy opieki, nie robimy żadnych kontroli. Kontrolujemy tylko hospicja. Są standardy opieki hospicyjnej, w opiece hospicyjnej też chcemy uruchomić więcej form opieki niestacjonarnej, bo jest ich za mało. Są takie możliwości. Ja bym tej formy opieki nie chciał wiązać jedynie z geriatrią, korzystają z niej raczej osoby cierpiące na konkretne choroby, głównie nowotworowe, niezależnie od wieku.

Mamy bardzo dużą grupę pacjentów geriatrycznych w hospicjach, tylko że to jest inna forma standardów.

Odnośnie do oceny po 2,5 latach. Liczba oddziałów nie zwiększa się, ale też nie spada. Jest 46 świadczeniodawców w ramach sieci szpitali, to się utrzymuje od roku ich powstania i to jest większa pula niż w 2014 r. Dodatkowo istnieje dziewięciu świadczeniodawców poza systemem szpitalnego zabezpieczenia, czyli poza siecią, To jest też porównywalna liczba i ona również się nie zmniejsza.

Czy jestem zadowolony?...

To złe pytanie. Moją ambicją jest zdecydowanie udrożnienie innej formy opieki. W tym momencie trudno określić to zadowolenie. Wraz z siecią szpitali wycena procedur punktowo i kwotowo wzrosła w stosunku do poprzedniego okresu dość znacznie. W tej chwili nie odpowiem o ile, ale została wyrównana do poziomu wycen internistycznych, to jest około tysiąca zł w ramach procedury jednego pacjenta. Liczymy na to, że oddziały, które mają kłopot z wykonaniem ryczałtu (chcemy to zasymulować), otworzą również, niezależnie od wysokości ryczałtu, dodatkowo opiekę długoterminową, a jeżeli będzie na tym oddziale geriatra to, oczywiście, lepiej otworzyć oddział geriatryczny. Jeśli będzie to oddział np. wymagający rehabilitacji to będzie pewnie lekarz rehabilitant. Nie chciałbym w tej chwili generalnie ukierunkowywać, mając dane dotyczące potencjału kadrowego.

Co do kształcenia. No, nie wiemy, jeżeli pani profesor nie wie… my nie ingerujemy, nie patrzymy na proces kształcenia wewnątrz uczelni. Uczelnie są autonomiczne w ustalaniu swojego programu kształcenia. Jeżeli jest potrzeba zaingerowania to powinno być spotkanie w CMKP, bo można wtedy wymusić rekomendację do zmiany kształcenia.

Co do posiadania w każdej uczelni oddziału geriatrycznego to także jest autonomiczna decyzja władz uczelni, senatu, żeby utworzyć taki oddział czy klinikę. Jest taka możliwość, ale nie do ministra należy stymulowanie tych decyzji i pewnie nikt z państwa by nie chciał, żeby tak było, żeby Minister Zdrowia narzucał rozwiązania.

Na koniec chciałbym powiedzieć o innym podejściu.

Słyszałem w kilku wypowiedziach larum, że się starzejemy. Jeżeli byśmy odwrócili tę sytuację to okaże się, że jako cywilizacja chcieliśmy być starsi, chcieliśmy żyć dłużej, chcemy jeszcze dłużej. Ostatnio na spotkaniu na temat zdrowia publicznego, gdzie też rozważaliśmy problemy demografii, jeden z profesorów podał, że weszliśmy do grupy krajów starzejących się. To jest inny wymiar niż dramat demografii, od tego nie uciekniemy. Jeżeli nie dojdzie do znaczącego wzrostu dzietności w Polsce to tak będzie.

Czy nadążymy z organizacją opieki dla tych osób? Myślę, że tak, stosując trochę inną formułą niż budowanie kolejnych szpitali czy kolejnych oddziałów, wybierając opiekę bliżej rodziny, bliżej społeczności lokalnej, bliżej tego miejsca, gdzie nie za długo wszyscy będziemy przebywali.

Tak bym chciał zakończyć swoją wypowiedź, jeśli pozwolą państwo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze.

Myślę, że bardzo ważna jest też profilaktyka, na którą powinniśmy stawiać wszyscy. Jak ja mam dzisiaj już 60+ to za dziesięć lat stuknie mi 70 i tylko ode mnie będzie zależało, w jakim zdrowiu będę się starzeć a nie za bardzo od pana ministra, czy będę się ruszać, czy nie.

Przechodzimy do drugiego punktu posiedzenia.

Wszyscy członkowie Komisji otrzymali propozycje tematów kontroli do planu pracy NIK na 2020 rok. Są to następujące tematy:

1. Aktualny stan opieki geriatrycznej w Polsce.
2. Przystosowanie przestrzeni publicznej dla osób starszych w kontekście programu Dostępność +.
3. Zabezpieczenie potrzeb osób starszych z niedosłuchem.
4. Realizacja polityki senioralnej przez samorządy.
5. Realizacja kształcenia geriatrycznego dla profesjonalistów opieki medycznej.
6. Efekty wdrożenia programu Leki 75+.

7. Sytuacja osób niepełnosprawnych w wieku starszym.

8. Leczenie uzależnień u osób starszych – stan obecny.

9. Dostępność do terapii zajęciowej osób starszych jako formy utrzymania samodzielności w życiu codziennym.

Czy ktoś z państwa chciałby zgłosić inny temat?

Bardzo proszę, panie wiceprzewodniczący.

Poseł Michał Szczerba (PO-KO):

Myślę, że dzisiejsza dyskusja pokazała, że jednak jest mnóstwo pytań dotyczących funkcjonowania zakładów opiekuńczo-leczniczych. Może warto, żebyśmy zwrócili szczególną uwagę na ten temat. Proponowałbym jako temat Komisji: funkcjonowanie zakładów opiekuńczo-leczniczych.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję, ten temat również zostanie uwzględniony.

Czy ktoś jest przeciwny rekomendacji zaproponowanych tematów do Komisji do Spraw Kontroli Państwowej w celu ich zaopiniowania?

Nie widzę.

Komisja Polityki Senioralnej będzie rekomendowała do planu pracy NIK powyższe tematy.

Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny.

Zamykam dyskusję i posiedzenie Komisji.